C 10579

Bramsen

Les Dents de nos Enfants

BIBL...
des
59, Avenue des Gobel...
PARIS

PETITE BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

Les Dents de nos Enfants

A LA MÊME LIBRAIRIE

Traité théorique et pratique de l'art du dentiste, comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, la chirurgie, la prothèse, l'hygiène et un formulaire des maladies de la bouche et des dents, par CHAPIN A. HARRIS et Ph.-H. AUSTEN, professeurs au collège des dentistes de Baltimore. *Deuxième édition* annotée et considerablement augmentée par le Dr E. ANDRIEU, chirurgien dentiste des hôpitaux de Paris, professeur de clinique à l'École dentaire de Paris. 1 vol. gr. in-8 de XVI-1104 pages avec 572 figures, cart. . . . . 20 fr.

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire et sur l'osteo-périostite alvéolo-dentaire, par le Dr MAGITOT. *Deuxième édition*. 1 vol. in-8 de 110 pages, avec 1 pl . . 3 fr.

Des luxations dentaires, du traitement de la carie dentaire, par le Dr E. MAUREL. 1 vol. in-8. . . . . 2 fr.

Des fractures des dents, par le Dr E. MAUREL. 1 vol. in-8. avec figures . . . . . 2 fr,

Recherches anatomiques, physiologiques et microscopiques sur les dents et sur leurs maladies, par le Dr OUDET. 1 vol. in-8, avec 1 planche. . . . . 4 fr.

Accroissement continu des incisives chez les rongeurs, par le Dr OUDET. 1 vol. in-8. . . . . 2 fr. 50

Odontogénie. L'ivoire est-il le produit d'une sécrétion ? par le Dr OUDET. 1 vol. in-8 . . . . . 1 fr.

Anatomie comparée du système dentaire, chez l'homme et chez les principaux animaux, par le Dr Emm. ROUSSEAU. *Nouvelle édition*. 1 vol. gr. in-8, avec 31 planches. 15 fr.

Table des matières. — Des os maxillaires. — Des gencives. — Développement des dents. — Description des dents. — Structure des dents. — Chute des dents de lait. — Des nerfs dentaires. — Des vaisseaux dentaires. — Dents des singes, du chien, du chat, du lapin, de l'éléphant, du cochon, du cheval, de la vipère, de la couleuvre. — Aberrations et maladies du système dentaire.

Histoire naturelle et maladies des dents de l'espèce humaine, par le Dr Fox, traduit de l'anglais par LEMAIRE. 1 vol. in-4 avec 32 planches. . . . . 20 fr.

Recherches sur le développement des os et des dents, par P. FLOURENS. 1 v. in-4, avec 12 planches coloriées . 10 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE MANDAT POSTAL

C
C
10579

LES

Dents de nos Enfants

CONSEILS AUX MÈRES DE FAMILLE

PAR

ALFRED BRAMSEN
Médecin - Dentiste

AVEC PRÉFACE

PAR R. HEIDÉ
Professeur-adjoint à l'École et l'Hôpital dentaire, à Paris

Avec 50 figures intercalées dans le texte

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
RUE HAUTEFEUILLE, 19, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1889
Tous droits réservés

« A little fire is quickly trodden out,
Which, being suffered, rivers can not quench. »

SHAKESPEARE.

PRÉFACE

Ayant journellement occasion de me rendre compte de la négligence coupable des parents en ce qui concerne la conservation des dents de leurs enfants, faute d'avoir pu se renseigner par les livres, je suis heureux de présenter au public ce petit volume, qui vient combler une véritable lacune.

Lecteurs, ce sont vos bébés qui vous tendent leurs mains et leurs bras et vous supplient de prendre connaissance des conseils qui leur épargneront l'affreux mal de dents et les nuits blanches. Par leur gracieux sourire et leur bonne santé vous serez

des

mille fois récompensés du temps que vous aurez employé à lire ce livre.

Je puis vous le recommander chaudement et je n'ajoute qu'un mot : Instruisez-vous et ayez pleine confiance dans l'expérience de l'auteur.

Paris, 1er Novembre 1888.

R. Heidé.

AVANT-PROPOS DE L'AUTEUR

Comme le titre l'indique, l'auteur de ce petit livre s'adresse spécialement aux mères de famille.

Il nous arrive tous les jours de constater combien relativement peu de gens sont capables de distinguer les *dents de six ans* des dents de lait, ou même de dire le nombre de ces dernières et celui des dents permanentes.

Cela n'explique-t-il pas suffisamment la publication de ce guide ?

D'autres y trouveront peut-être quelques particularités dont ils pourront faire leur profit. La recommandation expresse de ne pas arracher les

dents de lait et en même temps la description de l'ossification, des causes des accidents de la dentition et des remèdes à y apporter, seront, je l'espère, bien venues, même des médecins.

Sur ce point, l'influence du médecin de la famille est bien supérieure à toute autre dans les premières années de l'enfant.

Aussi est-il nécessaire de bien établir qu'il y a là pour le médecin une tâche non moins importante que toutes les autres, si nombreuses, qu'impose la santé des enfants.

Un grand nombre des figures de ce livre sont tirées des ouvrages du Dr J.-W. White[1], ou empruntées au professeur Peirce[2].

En outre, je dois une grande reconnaissance à M. le professeur Flagg, de Philadelphie, et au Dr A.-H. Thompson, de Topeka, Kansas, qui

1. J.-W. White, *The mouth and teeth.* Philadelphia.
2. Peirce, *Ossification of teeth.*

en plusieurs endroits m'ont facilité l'exposé des faits.

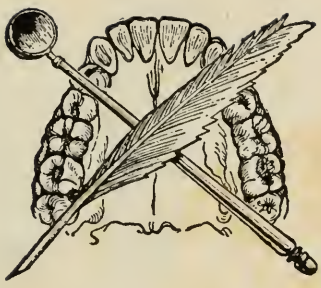
Du reste il n'existe, à ma connaissance, en aucune autre langue, de *guide* de ce genre, ce qui fera excuser, j'espère, les lacunes qu'on pourrait y découvrir.

Copenhague, 1er novembre 1887.

ALFRED BRAMSEN

I

LES DENTS, LEUR STRUCTURE, LEUR RÉPARTITION, LEUR NOMBRE ET LEUR POSITION DANS LES MACHOIRES, LEURS RAPPORTS AVEC LE SYSTÈME NERVEUX.



La dent n'est pas une masse entièrement solide, elle offre à l'intérieur une cavité ou chambre pulpaire qui représente exactement la forme extérieure de la dent.

Les figures 1 et 2 montrent la chambre pulpaire d'une incisive et d'une molaire coupées longitudinalement.

La figure 3, celle d'une molaire coupée transversalement.

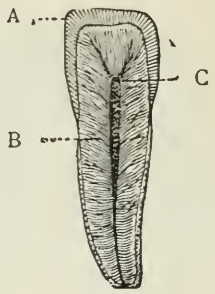


Fig. 1. Coupe longitudinale d'une incisive.

La lettre *A*, à l'extrémité, représente l'émail, *B* l'ivoire, et *C* la chambre pulpaire.

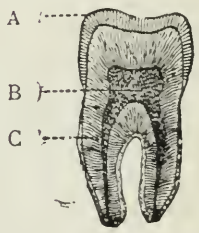


Fig. 2. Coupe longitudinale d'une molaire.

Sur la figure 3, 1 marque l'ivoire, 2 l'émail, et 3 la cavité.

Cette cavité contient les nerfs et les vaisseaux qui entrent dans la dent par la racine ou la pointe des racines. C'est cette partie molle et très sensible

Fig. 3. Coupe transversale d'une molaire.

de la dent qui, lorsqu'on la soumet à une pression ou à de violents changements de température, est le siège du mal de dents.

Cet organe vient-il à mourir, la dent perd alors son éclat et sa sensibilité, et sa couleur se fonce.

Les dents ne subissent aucun changement de forme ni de volume après leur sortie ; par contre, leur tissu, qui à la sortie est encore assez mou, devient avec l'âge plus dur et plus serré. La cou-

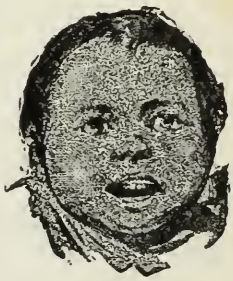


Fig. 4. Dentition de l'enfant de 6 à 7 mois.

ronne est également formée avant le percement, mais non la racine. Au lieu du petit trou qui donne passage aux nerfs, l'extrémité de la racine présente à cette époque prématurée une ouverture assez

notable. Cette ouverture, de même que la cavité dentaire, diminue avec les années.

L'homme, dans le cours de son existence, a deux dentitions successives, *les dents de lait* et *les dents permanentes*.

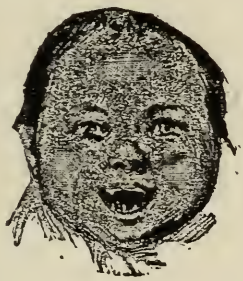


Fig. 5. Dentition de l'enfant vers 10 mois.

Les premières sont au nombre de 20.

De six à sept mois, l'enfant a deux dents, les deux incisives médianes d'en bas (fig. 4).

Vers dix mois, l'enfant a six dents, deux incisives en bas, et les quatre incisives d'en haut (fig. 5).

Vers un an, l'enfant a douze dents, quatre inci-

Fig. 6. Dentition de l'enfant vers 1 an.

sives en bas, quatre incisives en haut, et les quatre premières molaires (fig. 6).

A un an et demi environ, l'enfant a seize dents,

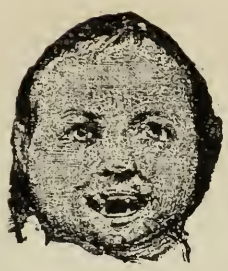


Fig. 7. Dentition de l'enfant à 1 an et demi.

quatre incisives en bas, quatre incisives en haut, quatre premières molaires et quatre canines (fig. 7).

Fig. 8. Dentition de l'enfant entre 20 mois et 2 ans.

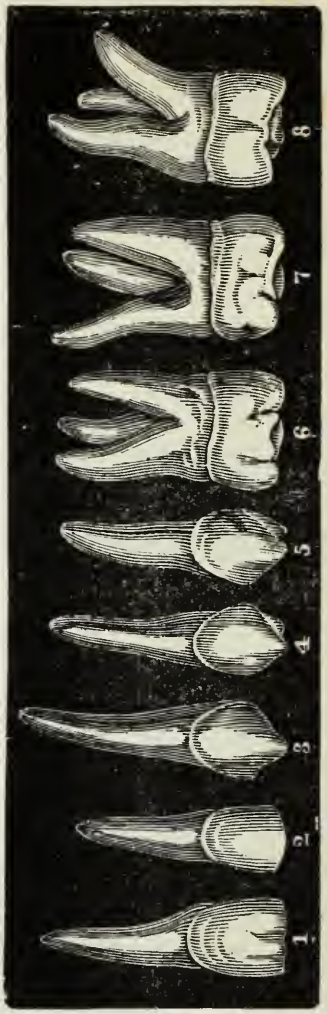


Fig. 9. Dents permanentes du côté gauche, mâchoire supérieure.

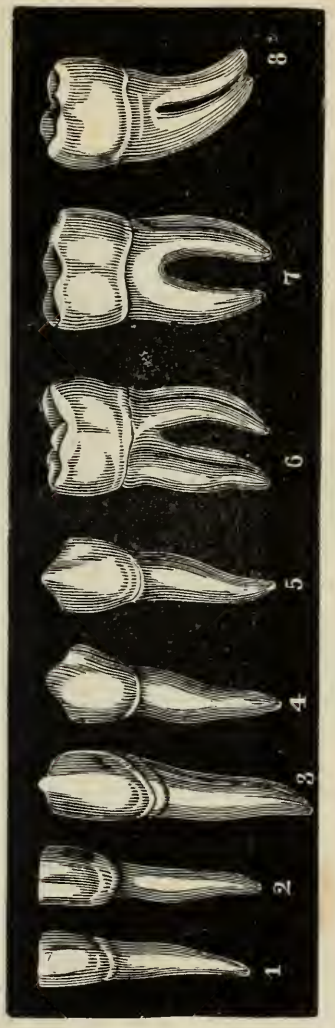


Fig. 10. Dents permanentes du côté gauche, mâchoire inférieure.

Entre vingt mois et deux ans, l'enfant prend ses quatre dernières molaires, ce qui lui fait vingt dents (fig. 8).

Les dents permanentes sont au nombre de trente-deux :

Les figures 9 et 10 reproduisent les dents permanentes du côté gauche des mâchoires supérieure et inférieure, soit la moitié de toute la garniture dentaire.

Les dents se divisent en quatre classes :

Les incisives (numéros 1 et 2 de la fig.).

Les canines (3).

Les petites molaires (4 et 5).

Et les grosses molaires (6, 7 et 8).

Les dents de lait sont bien plus petites que les dents permanentes, mais leurs racines sont *relativement* beaucoup plus grosses et plus longues.

La figure 11 représente celles du côté gauche des mâchoires supérieure et inférieure. Elles sont au

nombre de vingt seulement, car les petites molaires et les dents de sagesse n'existent pas dans cette garniture.

Fig. 11. Dents de lait du côté gauche, mâchoires supérieure et inférieure.

La figure 12 montre une mâchoire supérieure dont les dents viennent d'être arrachées.

Les dents étaient logées chacune dans leur *alvéole,* qui est séparée des voisines par une cloison osseuse. Au fond de l'alvéole se trouvent des ouvertures, qui donnent passage aux nerfs et aux vais-

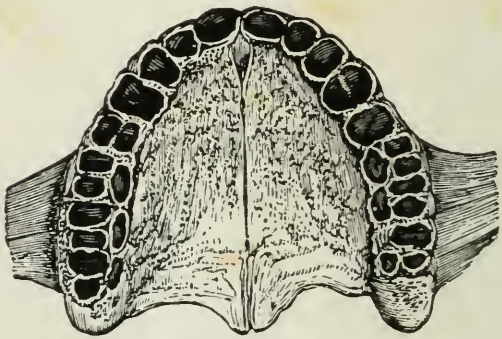


Fig. 12. Mâchoire supérieure dont les dents ont été arrachées.

seaux. Après l'extraction de la dent, la cloison diminue peu à peu, de sorte que l'alvéole finit par disparaître complètement.

Aussi la bouche devient-elle peu à peu presque plate, après l'extraction ou la perte totale des dents.

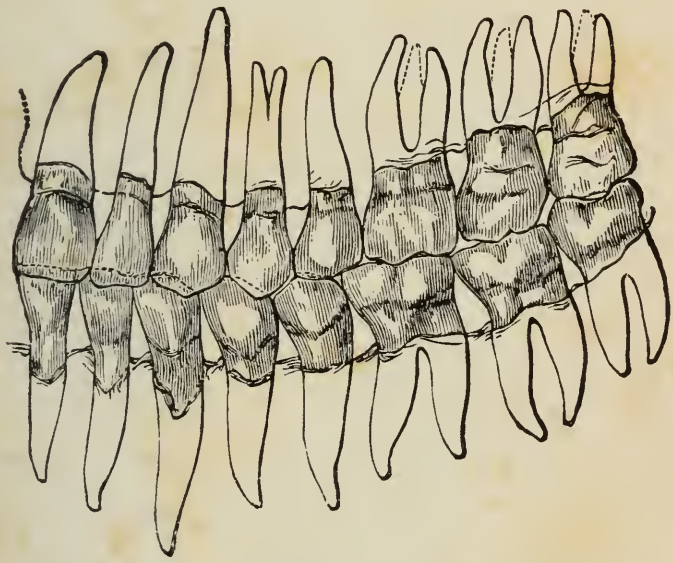


Fig. 13. Disposition des dents qui montre que chaque dent a deux adversaires.

La position des dents dans la bouche est du reste telle, que la mâchoire supérieure forme un arc

plus développé que celui de la mâchoire inférieure, aussi les dents d'en haut font-elles une légère saillie sur celles d'en bas, quand la bouche est fermée. Comme on le voit sur la figure 13, les dents correspondantes des deux mâchoires *ne sont pas situées vis-à-vis les unes des autres,* mais de manière que chaque dent ait *deux* adversaires. Cette disposition est très heureuse, car si l'on vient à perdre une dent, son adversaire ne reste pas complètement inutile.

Le nerf principal qui apporte la vie aux dents est le plus grand du réseau crânien. Ainsi que le montre la fig. 14, il se divise en trois grandes branches, l'une se dirigeant au-dessus de l'œil (1), l'autre vers la mâchoire supérieure (2) et la troisième vers l'inférieure (3). La deuxième et la troisième branche envoient des ramifications à chaque dent.

Le grand réseau se trouve, entre autres, en con-

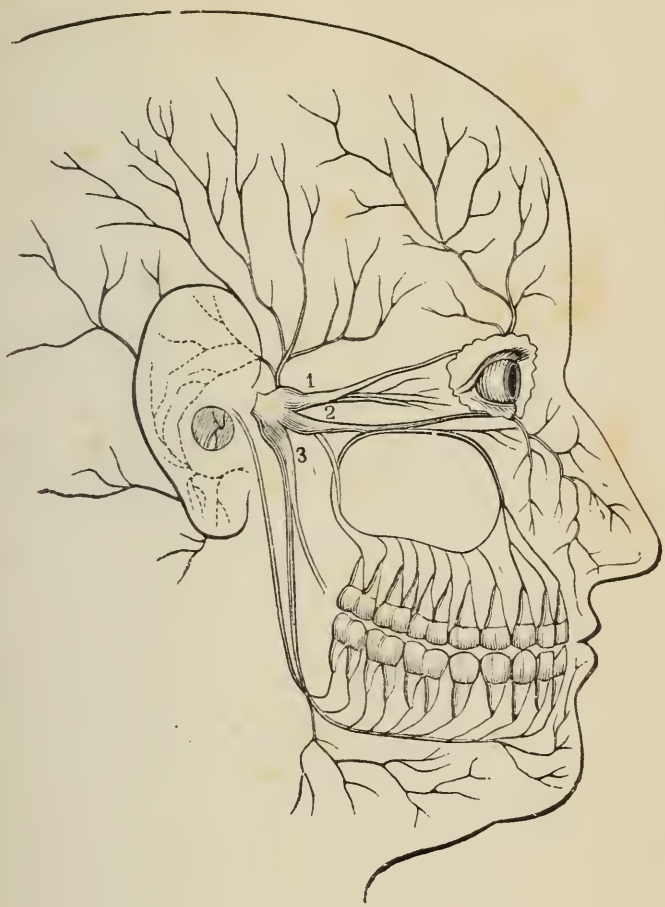


Fig. 14. Anatomie du nerf dentaire.

tact intime avec ce qu'on appelle le *système nerveux sympathique,* qui est influencé par la dentition et qui, lorsque l'irritation est trop forte, peut causer des crampes et autres accidents chez les petits enfants.

On voit par là que les douleurs qui ont pour point de départ les dents peuvent très facilement se communiquer par ces voies à l'œil, à l'oreille et aux organes plus éloignés. Dans nombre de cas il arrive que les douleurs faciales proviennent des dents, et le médecin ne s'en aperçoit pas, parce qu'il a négligé d'examiner la bouche.

Il est donc nécessaire, le cas échéant, de ne pas oublier les relations des nerfs dentaires avec le reste de l'organisme.

II

ÉRUPTION DES DENTS DE LAIT.

Cinq mois environ après la naissance, les dents commencent à presser fortement la partie de la gencive qui les recouvre; celle-ci s'amincit de plus en plus et finit par céder à la pression: c'est la dent qui est sortie.

Elles percent généralement dans un ordre déterminé, mais il y a aussi beaucoup de variations dans leur croissance. Le plus souvent les dents d'en bas viennent *avant* celles d'en haut; pourtant le contraire n'est pas rare.

En règle générale, les dents percent *deux par*

deux en laissant un intervalle entre les différentes paires, mais il arrive aussi parfois qu'une dent perce longtemps avant sa compagne; d'autres fois plusieurs paires sortent en même temps.

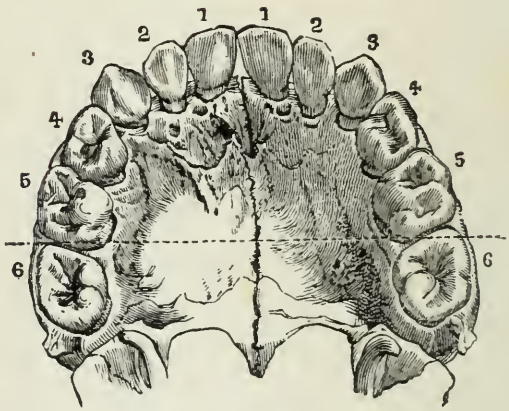


Fig. 15.
Dents de lait
de la mâchoire supérieure.

La fig. 15 représente les dents de lait de la mâchoire supérieure; la fig. 16 un côté de la

mâchoire inférieure avec les dents correspondantes, 5 de chaque côté, soit 10 à chaque mâchoire.

L'ordre de sortie est *généralement* celui-ci :

Nos des dents sur les fig.				
1.	Incisives centrales du bas	vers le	6e	mois environ.
1.	— — du haut	—	7e	—
2.	Incisives latérales du haut	—	8e	—
2.	— — du bas	—	9e	—
4.	Premières molaires du bas	—	12e	—
4.	— — du haut	—	13e	—
3.	Canines du bas	—	18e	—
3.	— du haut	—	19e	—
5.	Deuxièmes molaires du bas	—	24e	—
5.	— — du haut	—	26e	—

Si les dents apparaissent *plus tard,* elles percent généralement coup sur coup, beaucoup plus vite que de coutume et souvent quatre et même six et huit à la fois.

Mais il est à remarquer que dans ce dernier cas, non seulement le percement s'opère sans grandes

douleurs, mais les dents sont le plus souvent de meilleure qualité et se conservent mieux.

Les mères sont d'habitude très heureuses quand

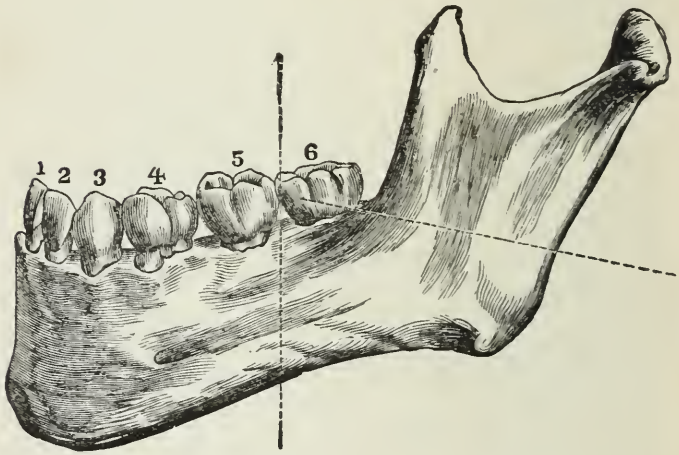


Fig. 16. Mâchoire inférieure avec les dents correspondantes, vue de face.

la première dent fait son apparition de bonne heure; cependant l'expérience nous apprend qu'il n'y a le plus souvent pas lieu de s'en réjouir. *En*

effet, la dentition a plus de chance de se passer tranquillement lorsqu'elle est tardive, et les dents sont habituellement de meilleure qualité.

Evidemment il ne s'agit pas ici des enfants *rachitiques;* chez eux, les dents apparaissent tard en raison de leur état de faiblesse.

Le numéro 6 des deux figures 15 et 16 ne désigne pas des dents de lait, mais des dents permanentes, dites dents de la sixième année[1]. Nous traitons spécialement de ces dents, dont l'importance est considérable.

1. Voy. page 61.

III.

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA DENTITION. MOYENS D'Y REMÉDIER.

Si tous les accidents que les mères, et surtout les grand'mères, attribuent au percement des dents, avaient réellement cette source, il serait faux de considérer le travail de la dentition comme une *chose naturelle,* ce qu'il est cependant.

Il y a évidemment beaucoup d'exagération dans cette croyance et il est facile d'en trouver la cause. Car, comme nous l'avons vu, dans les deux premières années, apparaissent continuellement de nouvelles dents, de sorte que la bouche, pendant n'importe quelle maladie, présentera presque toujours une gencive très tendue, ce qu'on prend immédiatement pour la cause de la maladie. Cette

erreur coûte la vie à beaucoup d'enfants, car les mères se rassurent souvent, se disant que ce n'est qu'un petit accident de la dentition, n'envoient point chercher le médecin et ne font rien pour combattre la maladie.

Bien qu'une grande partie des accidents constitutionnels de l'enfant viennent de l'estomac et de l'intestin, il y a pourtant assez de cas où la maladie est réellement due aux organes de la mastication. Si les médecins autrefois étaient enclins à exagérer les effets de la dentition, ils sont en revanche aujourd'hui trop portés à n'en pas tenir compte.

On s'aperçoit que les dents vont percer à la rougeur de la gencive, qui est en même temps gonflée, dure et chaude ; *plus tard* le tissu contre lequel presse la dent prend une teinte blanche particulière. Habituellement la gencive est aussi très sensible, le moindre attouchement provoque

de violentes douleurs. Quand la mère donne le sein à l'enfant, ce dernier rejette souvent brusquement la tête en arrière.

La sécrétion de la salive est aussi beaucoup plus abondante que de coutume, et l'enfant est porté à sucer son pouce ou son hochet, évidemment pour chasser une sensation désagréable de la bouche. Il s'éveille souvent, est grognon et préfère les genoux de sa mère à son berceau.

Il ne suffit cependant pas de s'en tenir aux symptômes locaux que nous venons d'énumérer.

On a cru généralement que les accidents de la dentition étaient dus uniquement à la forte pression exercée *contre la gencive* et ses nerfs. Tel n'est pas le cas; au contraire, les plus grandes douleurs proviennent surtout de la *résistance que la gencive oppose à la dent, qui à cette époque est encore incomplète, ouverte à la racine et dont la pulpe est très sensible*. L'enfant ressent alors une espèce de mal de

dent qu'on ne saurait mieux comparer qu'au mal de dent des grandes personnes chez qui le nerf dentaire se trouve à nu[1].

Il n'est pas surprenant que de *profondes incisions* de la gencive puissent apporter un soulagement immédiat et complet, puisque la pression est de ce fait détruite. Cette petite opération est à conseiller aux endroits où nous savons que doivent percer les dents, même chez les enfants dont la bouche n'offre pas encore les symptômes locaux, si toutefois l'on croit pouvoir ainsi leur procurer un peu de repos.

La forme la plus bénigne d'une dentition laborieuse, c'est une diminution de l'appétit et un sommeil agité, état qui dure généralement deux ou trois jours, jusqu'à la *culmination,* c'est-à-dire une nuit presque blanche pour la mère et l'enfant. On prend

1. Voy. page 114.

alors la ferme résolution d'envoyer chercher le médecin, mais le lendemain la dent est vraisemblablement sortie et l'état de l'enfant est déjà presque normal. L'enfant a eu quatre jours de souffrances et la mère autant de jours de soucis, uniquement parce qu'on n'a pas pratiqué immédiatement une ou plusieurs incisions dans la gencive.

Ce sont là, comme nous l'avons dit, les cas *les plus bénins* dont la nature sort victorieuse après une courte lutte.

Chez les enfants nerveux cette lutte peut durer parfois bien plus longtemps, 15 jours et même davantage, jusqu'à ce que les dents sortent enfin au nombre de deux, trois ou quatre.

Dans les cas *très graves* — mais heureusement rares — où la nature cède, la résistance est ou extraordinairement grande, et alors les complications cérébrales et gastriques, la fièvre, la diarrhée

et les crampes, amènent une prompte et fatale solution, ou bien elle est insuffisante chez les enfants de complexion faible, et alors le petit être s'affaisse peu à peu.

On ne saurait nier que cette petite opération que nous recommandons si chaudement, dans le but de détruire la pression exercée par la dent, ne soit tombée en grand discrédit et n'ait été abandonnée peu à peu. Cela se comprend d'ailleurs à la façon dont elle était faite autrefois.

On se contentait de pratiquer une *simple incision droite*, qui souvent ne faisait qu'effleurer la gencive, à l'endroit où l'on supposait la dent; l'enfant venait-il à mourir, on en déduisait que l'opération était inutile.

Mais cela ne suffit pas; *chaque espèce de dent demande un traitement spécial.*

Il est certain que pour les incisives, on n'a besoin que d'une simple incision presque au-des-

sus du tranchant de la dent, en veillant toutefois à ce que les incisions s'étendent un peu en dehors de l'arcade de la mâchoire supérieure et un peu en dedans de celle de la mâchoire inférieure.

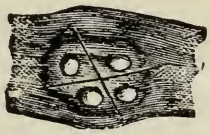


Fig. 17. Incision cruciale sur la gencive avant l'éruption d'une molaire.

Les molaires, au contraire, demandent une *incision* cruciale (fig. 17).

Les canines sont celles dont le percement s'effectue avec le plus de difficulté, à cause de leur forme de quilles; contrairement aux incisives, elles

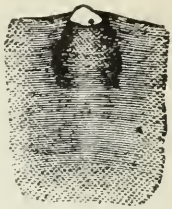


Fig. 18. Éruption d'une canine.

continuent à presser la gencive, même *après* l'apparition de leurs pointes (fig. 18). Il faut donc, même après la sortie des pointes, inciser la gencive

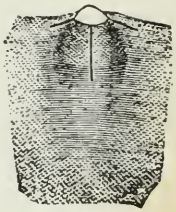


Fig. 19. Incision sur la gencive avant l'éruption d'une canine.

non seulement des deux côtés de la dent, mais aussi en avant et en arrière (fig. 19).

Il peut aussi se faire qu'après la sortie des tubercules des molaires, la gencive continue à exercer une pression tout aussi forte qu'avant; dans ce cas

Fig. 20. Incision cruciale après la sortie des tubercules des molaires.

on fait une incision cruciale (fig. 20). On prend *de préférence* un bistouri courbe à lame étroite, qu'on entoure jusqu'à un quart de pouce de la pointe d'une bandelette, de manière à ne pas blesser l'enfant avec cette partie de la lame.

On incise la gencive assez profondément pour

sentir l'émail de la dent, mais pas plus avant, car on risquerait d'endommager ce tissu, qui n'est pas encore bien dur.

On place l'enfant sur les genoux de la mère ou d'un aide, tandis que l'opérateur est *assis* en face.

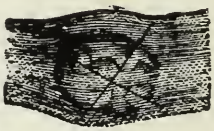


Fig. 21. Incision cruciale après la sortie des tubercules des molaires.

Si c'est la mâchoire inférieure qu'on veut examiner ou opérer, il faut tourner la tête de l'enfant du côté de la lumière, et vice versa, si c'est la mâchoire supérieure.

Si ces incisions viennent à se cicatriser, il faut

les renouveler aussi souvent qu'il est nécessaire; elles doivent être assez profondes pour traverser la gencive.

On arrêtera l'hémorragie qui pourrait en résulter, en introduisant dans la blessure un peu d'alun finement pulvérisé.

IV

SOINS A DONNER AUX DENTS DE LAIT.

Les dents de lait sont des organes provisoires destinés à servir un temps limité, tandis que les dents de remplacement doivent autant que possible durer toute l'existence. Aussi les premières sont-elles moins solidement construites que les dernières et plus exposées à tomber. Leur pulpe est en outre plus grande et plus sensible.

En conséquence les dents de lait demandent plus de surveillance que les dents permanentes.

Elles sont presque toujours belles et régulières, aussi la plupart des mères sont-elles fières des dents de *leurs* enfants.

Mais cette joie est le plus souvent de courte

durée, car vers la quatrième ou la cinquième année, on aperçoit fréquemment au pied des dents une couche verdâtre, parfois tout à fait noire, qui non seulement est laide à voir, mais détruit peu à peu la substance dentaire.

Heureusement elle ne s'attaque d'ordinaire qu'aux *dents de devant de la mâchoire supérieure;* les molaires, qui sont indispensables à la mastication, sont bien moins exposées à cette corrosion.

C'est une erreur de croire que les dents de lait doivent tomber parcelle par parcelle pour faire place à des organes plus vivaces, les dents permanentes.

En temps normal, les couronnes ne doivent pas devenir creuses, mais tomber aussi blanches et aussi entières qu'à leur apparition.

Malheureusement la plupart des gens ne sont pas assez convaincus de la nécessité de faire plomber les dents de lait quand elles sont creuses.

Il est clair pourtant que la mastication a une grande influence sur la santé générale. Si les dents sont creuses, l'enfant apprend bien vite à éviter ce contact douloureux, il avale sans mâcher et les conséquences ne se font pas attendre bien longtemps.

La chute prématurée des dents présente aussi d'autres inconvénients.

Si les couronnes tombent, c'est un signe que les racines ne s'ébranlent pas graduellement pour disparaître ensuite, comme cela devrait être. *Elles restent dans leurs alvéoles* et forcent ainsi les dents de remplacement à se frayer d'autres chemins; de là ces dents qu'on appelle défense et autres déviations.

Les enfants à cet âge négligent complètement leurs dents, ce qui n'a rien de surprenant d'ailleurs.

Il est donc du devoir de la mère de veiller à ce qu'elles soient nettoyées journellement avec une

petite brosse douce et du savon ou de la poudre. Habitue-t-on l'enfant à avoir les dents propres et lisses, il n'oublie jamais plus tard cette particularité de toilette et la considère comme aussi importante pour la santé générale que de se laver les mains et le visage.

Si, malgré ces soins, les dents sont mauvaises, il faut alors s'adresser à un dentiste compétent.

C'est à lui à corriger les défauts ; il importe surtout de sauver les molaires, qui sont absolument indispensables. Le mieux serait de se faire examiner la bouche par le dentiste *régulièrement deux fois par an.*

La mère pourra combattre *provisoirement* le mal de dents chez son enfant, en introduisant dans la dent une petite boulette de coton légèrement imbibée *d'essence de girofle,* qu'elle aura soin de renouveler de temps en temps.

Je profite de l'occasion pour attirer l'attention

sur cette *superstition,* répandue même parmi les dentistes, que *l'acide phénique* est le *calmant souverain* dans toute sorte de maux de dents. L'acide phénique n'est nullement un calmant, mais au contraire un puissant excitant antiseptique, qu'on doit employer avec *la plus grande prudence* si l'on ne veut pas *tuer* le tissu. On voit fréquemment des gens avec la muqueuse, les lèvres et la langue brûlées, sans que l'acide phénique ait donné le résultat désiré.

Souvent la salivation est telle, que l'application de la boulette de coton est rendue très difficile; en outre, l'enfant est très sensible à tout ce qui a mauvais goût et irrite tant soit peu la muqueuse.

Aussi l'épreuve échouera-t-elle dans les cas très difficiles.

On essaiera alors de faire garder à l'enfant du *lait chaud* ou simplement de l'eau chaude dans la bouche, jusqu'à l'arrivée du dentiste.

BIBLIOTH
des
59, Avenue

V

DENTS DE SIX ANS. LEUR GRANDE IMPORTANCE, CONSÉQUENCES DE LEUR PERTE.

Il faut se souvenir qu'il y a quelques dents permanentes qui percent *avant* que les dents de lait soient tombées. Ce sont les dents *de six ans,* au nombre de quatre, une de chaque côté des mâchoires supérieure et inférieure. Sur les figures 15 et 16[1] on les voit avec les dents de lait, sur les figures 25 et 26[2] avec les dents permanentes; aux deux endroits elles sont marquées du chiffre 6.

Les parents les prennent ordinairement pour des

1. Voyez p. 32 et 34.
2. Voyez p. 71 et 72.

dents de lait et les abandonnent à elles-mêmes, ce qui fait qu'elles périssent souvent.

Bien qu'elles soient les plus grosses de toutes les dents, elles sont branlantes et de composition molle chez les enfants de six à huit ans, de sorte qu'elles se déchaussent facilement.

En somme on peut dire qu'en raison de ce manque d'adhérence aux tissus, à aucune autre période de l'existence excepté toutefois pendant les maladies, les dents ne subissent de tels ravages.

On les appelle *dents de six ans,* parce qu'elles percent ordinairement vers la sixième année.

Leur sortie s'effectue presque toujours sans le moindre accident, aussi n'éveille-t-elle point l'attention des parents, et c'est là sans doute la raison qui fait qu'on les prend généralement pour des dents de lait.

Aussitôt qu'elles apparaissent, on découvre très fréquemment dans leur émail de *profondes et étroites*

fissures, qui sont le point de départ de leur destruction. La figure 22 nous montre ces fissures (*a*) dans une dent en coupe longitudinale.

Il est donc nécessaire d'envoyer les enfants chez

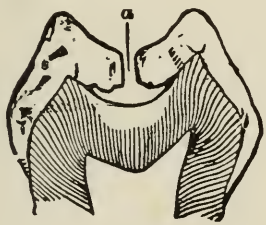


Fig. 22. Fissure dans une dent, coupe longitudinale (figure chématique).

le dentiste vers l'âge de cinq ou six ans, afin de faire plomber ces dents.

Arrive-t-on trop tard, l'une d'elles est-elle déjà perdue, il faut alors choisir *le moment propice* pour

la faire arracher — et de préférence les deux de la même mâchoire — quand ce ne serait que pour *procurer plus de place* à celles qui doivent percer derrière.

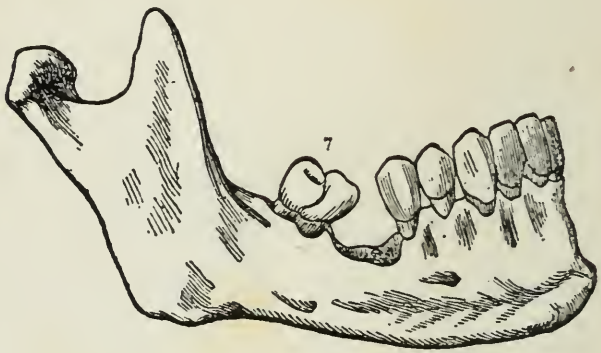


Fig. 23. Exemple du résultat de l'extraction tardive des dents de six ans.

L'époque la plus favorable est l'âge *de onze à douze ans*, car c'est à ce moment que les secondes grosses molaires sortent (voy. fig. 23, n° 7), elles prennent alors la place des dents absentes, l'espace

vide est comblé et la rangée sans solution de continuité.

Si on les arrache trop tard — c'est-à-dire *après* que les dents de derrière sont complètement sorties — *la jonction* des deux mâchoires ne se fait plus exactement, car les dents de derrière se renversent au-dessus de l'alvéole vide et se déchaussent peu à peu pour tomber avant que l'individu ait atteint l'âge moyen (voy. fig. 23).

La figure 23 représente un cas malheureusement trop commun : *les suites funestes de l'extraction entre la treizième et la dix-huitième année des dents de six ans.*

La dent de sagesse apparaît généralement vers la dix-huitième année; a-t-on négligé de faire arracher la dent de six ans vers la onzième ou douzième année, c'est-à-dire au moment favorable, il faut alors l'enlever, mais on n'obtiendra jamais un résultat aussi satisfaisant.

La mère doit se faire une loi de compter de temps à autre les dents de son enfant vers la sixième année. En trouve-t-elle plus de cinq de chaque côté — soit dix à chaque mâchoire — elle sait alors que *la dernière est la nouvelle dent de six ans permanente,* qui ne sera jamais remplacée si on vient à la perdre.

Nous n'exagérons rien en disant que l'ignorance de ces faits et par suite l'abandon des dents de six ans à elles-mêmes, sont une des principales causes de ce que l'appareil de mastication est incomplet chez la plupart des individus de quarante ans.

VI

DEUXIÈME DENTITION, ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE, TRAITEMENT.

Les petites dents de lait conviennent à la petite et mince mâchoire de l'enfant. Mais les mâchoires grandissent avec l'âge, et c'est pourquoi des dents plus fortes et plus solides deviennent nécessaires.

En même temps que les dents de lait percent dans les premières années de l'enfant, les couronnes des dents permanentes commencent à se former entre leurs racines. La figure 24 représente les mâchoires d'un enfant d'environ six ans, lesquelles contiennent une quantité presque incroyable de dents, car les dents de lait ne sont pas encore tombées et plusieurs dents permanentes sont sur le

point de percer. Les dents de six ans sont déjà presque complètement sorties.

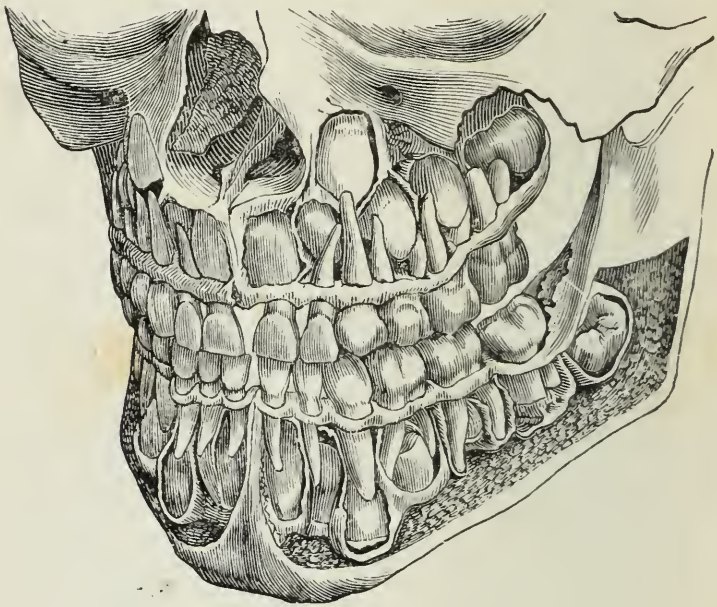


Fig. 24. Mâchoire d'un enfant de six ans.

A mesure que les couronnes de toutes ces nouvelles dents s'ossifient et atteignent leurs grandeur

et forme normales dans la mâchoire, les racines des dents de lait sont peu à peu résorbées, de sorte

Fig. 25. Mâchoire supérieure avec toutes les dents permanentes sorties.

qu'à la fin leurs couronnes seules restent et commencent ensuite à ébranler. La résorption de

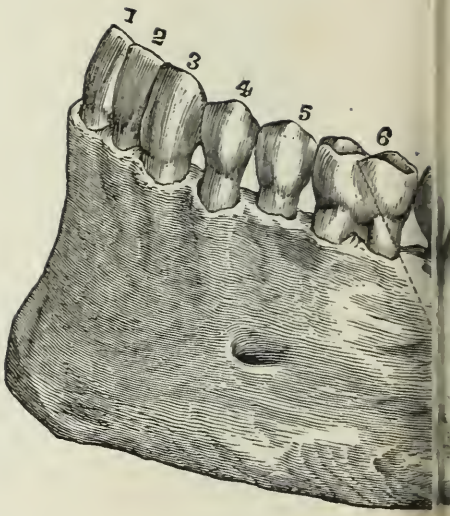
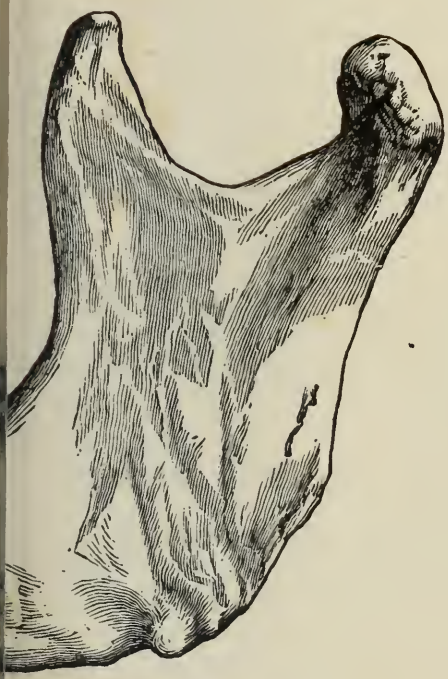


Fig. 26. Mâchoire inférieure a



ts permanentes, vue de profil.

toutes les racines n'a pourtant pas lieu à la fois.

Ce sont d'abord les deux incisives centrales de la mâchoire supérieure qui se déchaussent.

Puis vient le tour des deux grandes de la mâchoire supérieure et ainsi de suite *dans le même ordre* qu'elles sont venues[1].

Lorsqu'elles n'adhèrent plus à la mâchoire, elles se détachent d'elles-mêmes de la gencive ou bien on les retire avec les doigts.

La figure 25 représente une mâchoire supérieure avec toutes les dents permanentes sorties, la figure 26 une mâchoire inférieure correspondante, vue de profil.

L'ordre dans lequel les nouvelles dents se présentent *généralement* est le suivant:

1. Voyez pages 32 et 34.

Nos des dents sur les fig.					
6	Dents de la 6e année.	de	5	à	6 ans.
1	Grandes incisives centrales. .	—	6	—	8 —
2	Incisives latérales	—	7	—	9 —[1]
4 5	Premières et secondes petites molaires.	—	9	—	11 —
3	Canines	—	11	—	13 —
7	Secondes grosses molaires . .	—	12	—	13 —
8	Dents de sagesse.	—	18	—	21 —

Si les accidents de la première dentition sont *en général* peu graves, ils sont presque nuls à la deuxième.

La seule dent qui souvent — *très* souvent — cause de fortes douleurs, c'est *la dent de sagesse*.

1. Les *petites incisives* de la mâchoire supérieure brillent parfois par leur *absence*, ce qui arrive très rarement pour les autres dents; elles peuvent être tardives, mais elles viennent toujours, par exemple les *canines* de la mâchoire supérieure, qui viennent assez fréquemment *une dizaine d'années* en retard.

Les *dents de sagesse* sont encore plus capricieuses.

Cette dent, qui menace de disparaître un jour complètement de la mâchoire humaine par défaut de place, est beaucoup plus capricieuse que toutes les autres au point de vue de l'époque de son apparition. Dix-huit ans est l'âge normal, mais il n'est pas rare de la voir sortir entre seize et trente ans et parfois même à cinquante ans !

Celle de la mâchoire supérieure sort généralement sans difficulté ; parfois elle entre dans la joue, et alors il faut l'arracher.

Celle de la *mâchoire inférieure* au contraire cause souvent de nombreux accidents. Longtemps avant l'apparition de la dent, on sent parfois une douleur sourde, bizarre, profonde à l'angle de la mâchoire. Il peut se passer des semaines, et pendant ce temps-là l'intensité des douleurs varie, jusqu'à ce que la gencive derrière la dernière dent enfle au point de se trouver prise entre les dents d'en haut et celles d'en bas.

Cet *écrasement* de la gencive amène une inflammation des parties environnantes, qui rend la déglutition difficile et douloureuse, et la mastication pour ainsi dire impossible.

Seuls les aliments *liquides* peuvent descendre, le malade a une fièvre très forte, doit se coucher, et le médecin prend alors le traitement.

Au commencement, l'incision soulagera souvent, mais elle ne saurait *guérir* le malade, car l'époque de la sortie de la dent est encore trop éloignée. Un demi-centigr. de morphine sur un peu de coton qu'on introduit dans l'incision, apporte un soulagement presque immédiat.

Mais si l'espèce de broiement de la gencive, dont nous avons parlé, est commencé, il vaut mieux enlever *toute la masse charnue qui recouvre la dent*, chose qui n'est pas très facile. A l'aide d'un bistouri courbe à lame étroite, on pratique une incision droite de chaque côté de la dent dans toute

l'épaisseur de la gencive, après quoi on soulève prudemment le morceau de chair et on le coupe vivement avec des ciseaux.

Si à une époque encore plus avancée, on constate un abcès en voie de formation, lequel permet à peine au malade d'ouvrir la bouche, on ouvre cette dernière *graduellement* au moyen de petits coins de bois tendre et de grosseur différents, après quoi on fait une incision cruciale, comme à la page 14. Pour calmer la douleur causée au malade par l'écartement des mâchoires, on le frotte *extérieurement* avec un onguent *d'aconit*.

VII

SOINS A DONNER AUX DENTS PENDANT LA DEUXIÈME DENTITION.

L'intervalle entre la sixième et la quatorzième année de l'enfant est sans contredit le moment *le plus important* au point de vue de l'hygiène des dents. On doit donc s'efforcer pendant ces années de rendre tout traitement postérieur inutile, ou tout au moins de le réduire à un minimum.

Les parents ne doivent pas seulement veiller à ce que les enfants se nettoient régulièrement et soigneusement les dents avec la brosse, mais aussi les faire examiner par un dentiste compétent, de préférence *deux fois par an*.

Il n'est malheureusement plus temps, comme beaucoup se l'imaginent, de recourir au dentiste

quand le mal de dents est arrivé ou quand les désastres sont déjà visibles pour tous. Car *d'ici là* la dent a pu éprouver des dégâts irréparables.

Il sera toujours difficile pendant la deuxième

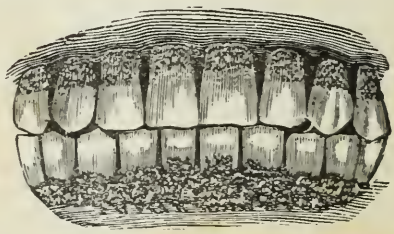


Fig. 27. Dents incrustées de tartre.

dentition de tenir les dents des enfants propres et leur bouche fraîche. Aussi serait-il très utile pendant cet intervalle de combattre la formation des acides dans la bouche en frottant tous les soirs,

après le nettoyage à la brosse, un peu de *craie blanche* entre *les molaires d'en bas.* Il ne faut pas aller jusqu'à causer à l'enfant une sensation désagréable, on se contente de tremper son doigt mouillé dans la craie.

Fig. 28. Accumulation de tartre sur une seule dent.

Cette espèce de dépôt qui se forme à la surface des dents (fig. 27 et 28), et qu'on appelle improprement *tartre,* se trouve rarement chez les enfants.

En revanche on rencontre souvent leurs dents

couvertes d'une *couche verdâtre,* qui est très nuisible à l'émail, qu'elle corrode peu à peu. Il est très important d'enlever ce dépôt *le plus tôt possible,* avant qu'il ait causé *des dégâts irréparables,* et avant même d'entreprendre le traitement de la muqueuse, dont l'état morbide est précisément la cause du dépôt.

Peu de temps après la sortie complète des *grandes incisives de la mâchoire supérieure,* il arrive souvent que les enfants, les garçons surtout, reçoivent un violent choc ou coup sur la bouche, ce qui endommage plus ou moins ces dents, qui à cette époque sont relativement très grosses et très saillantes. Souvent il se détache de cette manière de petits morceaux de la dent, sans toutefois que la pulpe soit mise à nu.

On peut presque toujours réparer la dent abîmée et sa voisine au moyen de la lime et de la meule et arriver à dissimuler assez bien ce défaut.

Si au contraire, la brisure est telle que *la pulpe est mise à nu,* il n'y a rien autre chose à faire qu'à essayer de soigner et conserver *la racine,* afin de pouvoir l'employer plus tard comme base d'une *couronne artificielle à pivot*. De cette façon on évitera cette gêne, surtout sensible pour les enfants, de porter des pièces artificielles dans la bouche.

Il n'est pas rare qu'il ne se produise *immédiatement* aucun dégât *apparent;* mais, au bout d'un temps plus ou moins long, la dent perd son éclat, *devient noire* et est sensible au moindre contact. La pulpe a été si violemment irritée par le choc, qu'elle est morte dans sa prison, où elle est ensuite résorbée, et cause par le canal de la racine l'inflammation de la membrane qui enveloppe cette même racine. On peut certainement y remédier, mais la dent ne recouvre jamais toute sa couleur ni son éclat primitif.

Dans quelques cas la violence du choc ébranle

et même *déchausse* complètement la dent ou les dents. Il faut alors *sans perdre de temps* remettre la dent à sa place et la maintenir en position au moyen de ligatures ou autrement; en général la dent *redeviendra* en quelques jours *adhérente* à son alvéole.

VIII

DÉVIATIONS DES DENTS, MOYENS DE LES PRÉVENIR.

L'importance des dents, aussi bien au point de vue de *la beauté* que de la *prononciation* et de la *mastication*, consiste principalement dans la régularité et aussi dans la jonction parfaite des deux arcades dentaires. Les déviations gâtent l'aspect et rendent la prononciation défectueuse et la mastication incomplète.

Une bouche avec des dents irrégulières est en outre plus difficile à entretenir propre et les dents sont attaquées bien plus facilement en raison des recoins ouverts qu'elles offrent.

L'irrégularité est quelquefois générale (fig. 29), elle est souvent bornée à une ou deux dents.

BIBLIOT...
59, AVENUE ...

Une dent peut par exemple être tournée sur son axe, comme la petite incisive de la figure 30.

Les *canines* ont une certaine tendance à sortir en

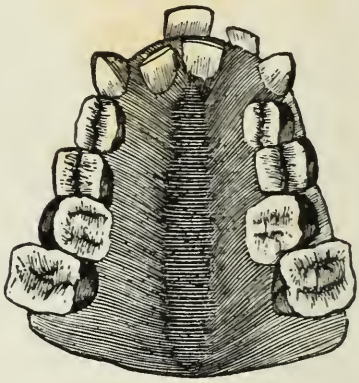


Fig. 29. Déviation des dents.

dehors des autres et forment ce qu'on appelle des *défenses* ou *dents d'hippopotame*. Parfois les dents de devant de la mâchoire inférieure *dépassent* celles de

Fig. 30. Incisive tournée sur son axe avant l'opération.

la mâchoire supérieure, et produisent le « *menton de galoche* ».

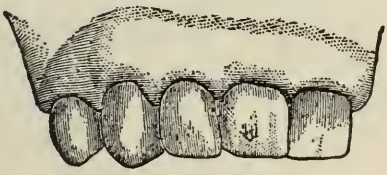


Fig. 31. La même, après l'opération.

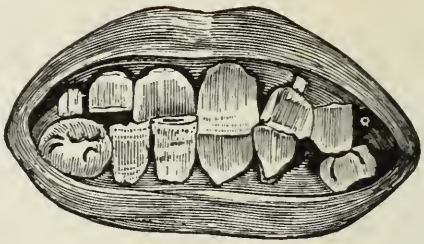


Fig. 32. Déviation des dents.

On distingue plusieurs variétés de cette irrégularité :

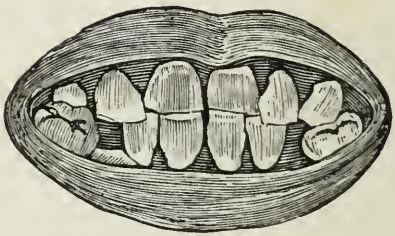


Fig. 33. Déviation des dents.

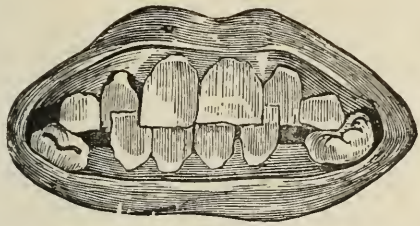


Fig. 34. Devia ion des dents.

Tantôt une des incisives centrales est située tellement en arrière que les dents inférieures

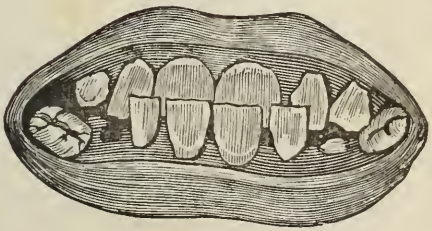


Fig. 35. Déviation des dents.

passent en avant, tandis que les autres restent dans leur position normale (fig. 31).

Tantôt, les dents centrales sont situées derrière

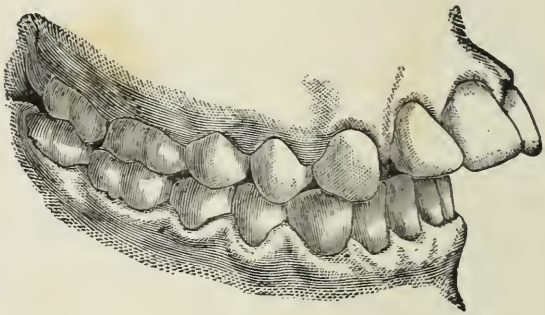


Fig. 36. Déviation causée par l'habitude de sucer le pouce, vue de profil.

le plan des autres dents ou les latérales occupent leur position normale (fig. 33).

Dans un autre cas, les incisives latérales sont repoussées tellement en arrière que les incisives

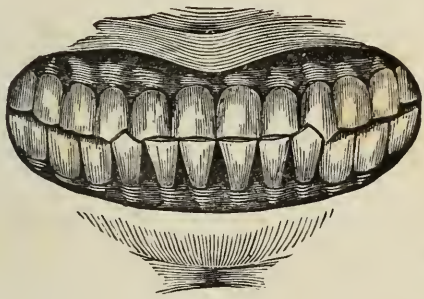


Fig. 37. Déviation causée par l'habitude de sucer l'index ou le medius, vue de face.

inférieures passent en avant, tandis que les centrales sont bien rangées. (fig. 34).

Enfin toutes les incisives peuvent être placées

tellement en arrière de l'arcade que les dents inférieures passent en avant d'elles (fig. 35).

Ces déviations peuvent avoir des causes très différentes. Elles peuvent être le résultat d'un choc ou d'un coup sur la bouche, ou bien encore les racines des dents de lait brisées sont restées dans leurs alvéoles, au lieu de tomber, et ont contraint les dents permanentes à prendre une fausse direction.

L'une des causes malheureusement trop commune de ces déviations, c'est *l'extraction prématurée des dents de lait*. On est trop porté à les arracher aussitôt qu'elles branlent tant soit peu. Il ne faut jamais oublier que *la marche naturelle* de la dentition est celle-ci : la dent permanente prend la place de la dent de lait immédiatement après que cette dernière est tombée.

Se produit-il un intervalle entre ces deux faits, les dents voisines profitent immédiatement de la cir-

constance pour empiéter sur l'espace resté vide, de sorte que *la nouvelle dent trouve sa place occupée*. Il en résulte que celle-ci se fraye un chemin en dehors

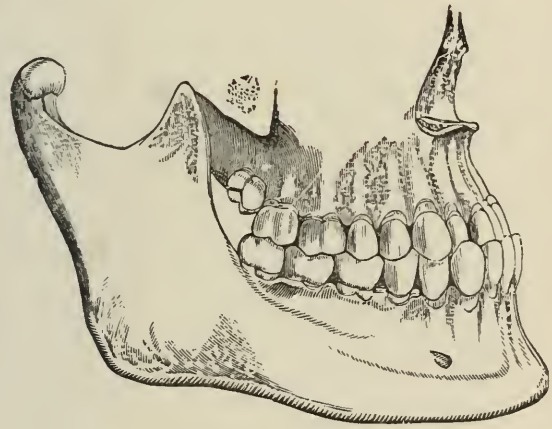


Fig. 38. Déviation causée par l'habitude de sucer l'index ou le medius, vue de profil.

ou en dedans de la rangée (arcade dentaire).

On ne saurait en conséquence *trop* recommander de renoncer à cette *guerre d'extermination* qu'on

fait généralement aux pauvres dents de lait. *Le plus sûr est de les laisser*, jusqu'à ce qu'elles se déchaussent complètement, et qu'on puisse les enlever avec le pouce et l'index.

Au cas où elles persisteraient à ne pas tomber même après l'apparition des dents permanentes, il est évident qu'il faut les arracher *immédiatement* si on veut éviter les déviations.

La figure 36 montre les déviations causées chez un enfant par l'habitude *de sucer son pouce*.

Si c'est l'index ou le médium qu'il suce, le résultat est le contraire : ce sont les dents *d'en bas* qui avancent sur les autres (fig. 37 et 38).

C'est souvent la mère ou plutôt la nourrice qui est cause de cette habitude, en donnant à sucer à l'enfant son doigt ou le biberon, pour le calmer. Il en résulte une difformité pour le reste de la vie.

Une surveillance de tous les instants de la part de la mère ou de la nourrice peut beaucoup pour

faire perdre cette habitude, mais le pis est que l'enfant même pendant son sommeil suce sans trêve son doigt. Il faut alors prendre des mesures *extra-*

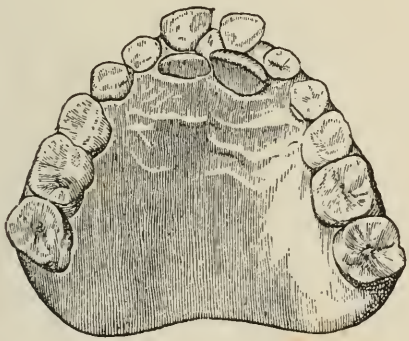


Fig. 39. Grosses incisives de la mâchoire supérieure sorties en dedans des dents de lait.

ordinaires. Une méthode facile et pratique, c'est de vêtir l'enfant d'une chemise *sans manches* fermée au cou par une coulisse.

Cette funeste tendance peut parfois être utilisée avec avantage dans la pratique.

Quand par exemple j'ai rencontré des enfants dont les grosses incisives de la mâchoire supérieure étaient sorties en *dedans* des dents de lait correspondantes — ce qui peut se présenter, voy. figure 39, — j'ai, après l'extirpation immédiate des dents de lait, stimulé les enfants, et plusieurs fois avec succès, à sucer continuellement leur pouce. De cette manière, les dents d'en bas se sont retirées et celles d'en haut avancées.

Le redressement s'est ainsi opéré *sans l'aide d'appareil mécanique*. Le but une fois atteint, on peut facilement faire perdre cette mauvaise habitude en graissant le pouce de capsicum ou d'aloës, ou, si c'est nécessaire, en entourant le doigt d'une bande très épaisse.

Cela peut paraître extraordinaire, mais il n'est pas moins vrai qu'une des causes les plus com-

munes des irrégularités dans la disposition des dents, c'est *une fausse éducation.*

Tout ce qui, dans les premières années de l'enfant, concourt à retarder l'accroissement et le développement des mâchoires, concourt également à amener des déviations des dents.

De nos jours, le cerveau et le système nerveux chez beaucoup d'enfants travaillent aux dépens du système musculeux et osseux, et on attache dans nombre de cas trop d'importance à son activité intellectuelle, à une époque où le développement du corps devrait être *en harmonie* avec celui de l'esprit[1]. L'enfant vient-il en outre à manquer d'exercice en plein air, se couche-t-il tard, lui permet-on l'usage du thé, du café et autres stimu-

1. Voyez Lagneau, *Du Surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles* (*Ann. d'Hyg.*, 1886, tome XVI, p. 274); Duclaux, *Le Surmenage intellectuel* (*Ann. d'Hyg.*, 1886, tome XVI, p. 385).

lants, il arrive que la vie animale se retire et que le *développement physique général* s'arrête, état qui laisse de visibles traces dans les rapports réciproques des dents et des mâchoires.

Il s'agit donc, dans les sept premières années de l'enfant, *de laisser la nature se développer librement,* de ne pas la déranger par un enseignement prématuré ou un faux régime.

On trouve aussi du reste des disproportions entre la grandeur des dents et celle des mâchoires, qui ont une autre cause. Si l'enfant a hérité de grosses dents d'un de ses parents et d'une petite mâchoire de l'autre — ce qui se voit parfois — il peut se faire que les dents ne trouvent pas la place nécessaire à côté les unes des autres et sortent alors comme elles peuvent.

Dans ce cas, on peut conseiller *le sacrifice* d'une dent *de chaque côté* afin de procurer de la place aux autres.

On ne peut pourtant déterminer d'une manière générale *quelles* sont les dents qui doivent être arrachées, c'est une chose à décider dans chaque cas particulier.

On n'a pas besoin de recourir à l'art pour corriger *toutes* sortes de déviations.

Les *incisives latérales* de la mâchoire supérieure sortent *très souvent* un peu en *avant* des grosses incisives, mais c'est là *une déviation naturelle* qui ne doit pas inquiéter les parents. Pour cette raison on ne saurait trop recommander de ne pas faire arracher *les canines de lait;* cela empirerait la situation.

La nature saura bien elle-même faire de la place aux incisives. De la neuvième à la quinzième année, les molaires de lait se déchaussent pour faire place aux petites molaires permanentes; mais comme celles-ci sont moindres que leurs devancières[1],

1. Voyez page 22.

ou gagne ainsi un petit espace; les incisives s'en emparent immédiatement — en refoulant la canine de lait — et la position des dents est alors tout à fait régulière.

La mère ne saurait trop souvent s'assurer si *les dents d'en haut dépassent celles d'en bas* quand la bouche est fermée. S'il en est autrement, il faut *tout de suite* envoyer l'enfant chez le dentiste, afin d'éviter le « menton de galoche ».

Il est bien plus facile de corriger une déviation *de bonne heure* que plus tard. Ce qu'on peut redresser avec un petit appareil dans le cours d'une semaine ou deux, prendra plus tard des mois et demandera une grande dose de patience et de persévérance chez le patient ? comme chez le dentiste.

Une des raisons de cette différence, c'est que les dents de la mâchoire opposée, lorsqu'elles sont complètement sorties et que la bouche est fermée, concourent beaucoup à entraver les efforts de

redressement, car elles *retiennent* les dents déviées dans leur fausse position, ce qui serait impossible immédiatement après leur sortie.

Par une surveillance consciencieuse et habile, on arrivera à corriger presque toutes les difformités, *à condition de ne pas laisser échapper le moment favorable.*

IX

INFLUENCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE SUR LA QUALITÉ DES DENTS ; INFLUENCE DES MALADIES SUR L'OSSIFICATION DES DENTS.

C'est le sang qui alimente toutes les parties du corps. Chaque organe, chaque tissu lui emprunte les éléments dont il est formé pour les employer à son entretien et à son développement.

Le système osseux et le système dentaire consomment une grande quantité d'*éléments minéraux,* mais comme ceux-ci se trouvent en proportion très différente dans les divers aliments, on comprend aisément toute l'importance de l'alimentation sur la qualité des dents, surtout à l'époque où leur tissu se forme et s'ossifie.

L'ossification des dents de lait a lieu avant la naissance de l'enfant, les couronnes des dents *per-*

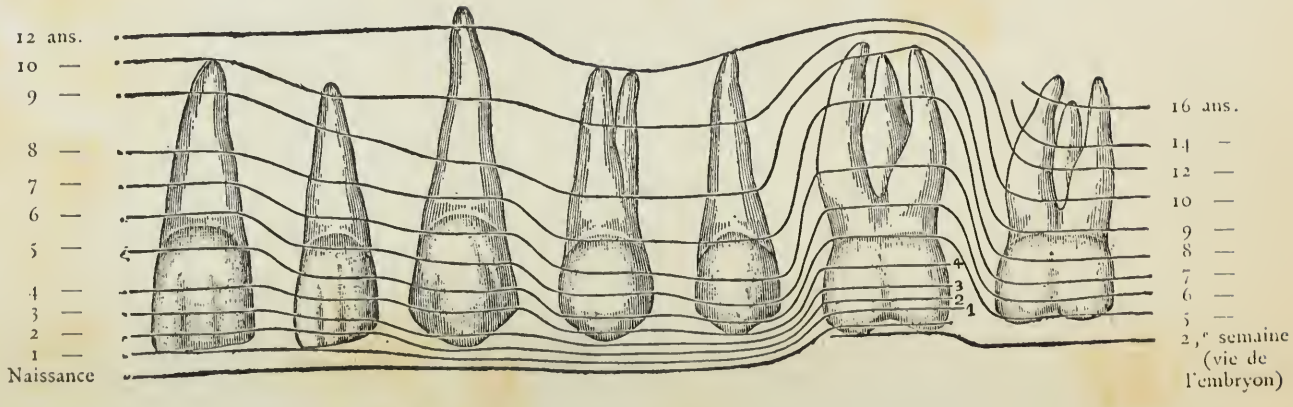


Fig. 40. Ossification des dents permanentes.

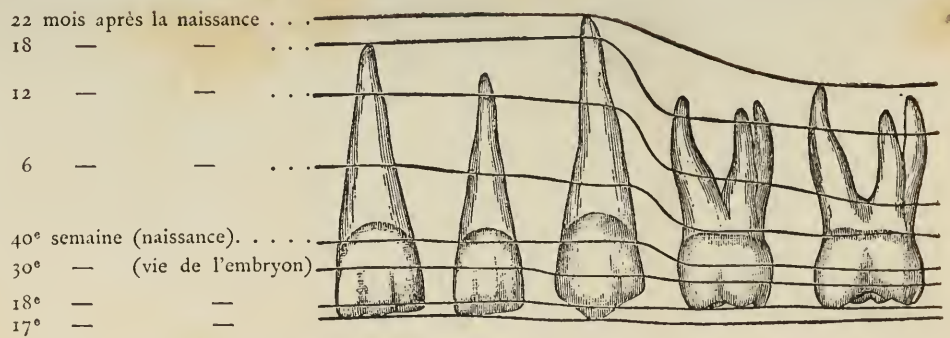


Fig. 41. Ossification des dents de lait.

manentes commencent au contraire leur ossification lorsque l'enfant a atteint l'âge d'un an et la continuent pendant toute la croissance. Leur qualité est en conséquence étroitement subordonnée à l'alimentation pendant ces années.

L'enfant est-il atteint de graves maladies pendant cette période, il se produit alors *des arrêts momentanés* dans le développement qui, lorsque les dents sont sorties, choquent à l'œil. Si l'alimentation est troublée sérieusement, ne serait-ce que quelques jours, à l'époque où les couronnes s'ossifient, on ne tarde pas à en remarquer les conséquences, qui se traduisent pour les yeux par des cavités et des sillons.

Si nous considérons la figure 40, nous voyons la *marche de l'ossification* des dents permanentes[1].

1. La dent de sagesse, qui n'est pas comprise dans la fig. 25, commence à s'ossifier vers la neuvième année, et sa sortie n'est complète que dix ans plus tard.

Tous les endroits coupés par la même ligne s'ossifient en même temps. Une maladie chez l'enfant vers *l'âge de quatre ans* peut causer un arrêt momentané de l'ossification aux endroits coupés par la ligne. Il se produit alors des défectuosités *au milieu* et sur la *moitié inférieure* des incisives, aux *extrémités* des canines et à peu près au *milieu* des couronnes des dents de six ans (voy. fig. 42).

L'ossification des *dents de lait* a lieu, comme nous l'avons dit, avant la naissance de l'enfant et commence, comme la figure 42 l'indique, par le tranchant des dents de devant et les tubercules des molaires, vers le milieu de la grossesse. A la naissance, les couronnes des incisives sont complètement ossifiées, celles des canines aux deux tiers et celles des molaires à moitié seulement.

A la sortie des dents, la pulpe dentaire primitive (avec les nerfs) se trouve tout près du tranchant aigu et inégal, de cette partie de la dent qui s'ossifie.

On voit facilement par là que, si la gencive au-dessus de la couronne tarde tant soit peu à disparaître, il se produit une pression plus ou moins forte contre les nerfs de l'extrémité opposée,

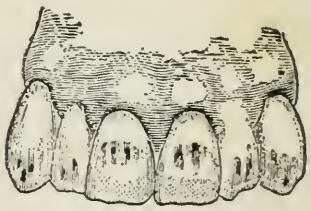


Fig. 42. Défectuosités au milieu et sur la moitié inférieure des incisives, aux extrémités des canines.

laquelle peut se propager et irriter tout le rameau nerveux.

Le lecteur comprend maintenant plus facilement les graves accidents de la dentition.

Ce qui explique en partie pourquoi la dentition s'effectue plus tranquillement lorsqu'elle est *tardive*, — bien entendu chez les enfants bien portants, — c'est que sans doute l'ossification est d'autant plus avancée; de sorte que les parties sensibles ne sont pas exposées à une pression aussi forte.

Le développement *des dents de lait* est en partie subordonné à l'état de santé de la mère, mais il y a pourtant pendant la grossesse une certaine indépendance entre l'alimentation de la mère et celle de l'enfant, de sorte qu'il faut que la faiblesse de la mère ait été bien grande, pour qu'elle ait pu laisser des traces sur les dents de lait. Aussi voyons-nous bien plus rarement dans les dents de lait ces défectuosités des couronnes si communes parmi les dents permanentes.

Les troubles que subit la marche de l'ossification peuvent avoir beaucoup de causes différentes, par

exemple : les crampes, la diphtérie, la fièvre scarlatine et le *rachitisme*.

Ce dernier est le plus souvent le résultat d'une alimentation et de soins mal compris, d'un appartement humide et du manque d'air frais.

Avant tout, la nourriture des enfants doit être bonne et abondante, de manière qu'elle contienne les éléments nécessaires à l'ossification.

Les trois premiers trimestres, elle se composera *uniquement de lait,* lequel contient tous les éléments indispensables. *Tout féculent doit être rejeté sans merci,* la salivation de l'enfant étant encore peu abondante et ne possédant qu'imparfaitement les propriétés qui permettent *la transformation des féculents en sucre, condition essentielle à leur digestion.*

Ce n'est que lorsque l'enfant arrive à l'âge d'un an que la salivation est en état de remplir ce rôle.

Plus tard on arrivera graduellement à un régime *mixte,* en ayant soin d'exclure tout aliment difficile

à digérer et de faire jouer au lait le principal rôle jusqu'à ce que l'enfant ait accompli sa troisième année.

L'usage du *sucre* et des choses sucrées a toujours été regardé comme ruineux, et les mères assurent journellement que les dents de leurs enfants n'ont pu être abîmées par le sucre, puisqu'elles le leur défendent continuellement.

Ses effets *directs* sur les dents ne sont pourtant pas nuisibles, mais l'action indirecte d'une consommation exagérée de cette substance peut être funeste aussi bien aux dents qu'à l'alimentation en général.

On rencontre parfois des cas où les dents se détériorent rapidement chez des sujets qui, quoique ayant une forte « envie de sucre », ne la satisfont pas par égard pour leurs dents. L'emploi *modéré* du sucre peut alors améliorer leur état.

D'un autre côté il est souvent nécessaire de limiter la consommation des sucreries aux sujets qui ont

de mauvaises dents, *et chez lesquels on remarque une diminution d'appétit en même temps qu'une digestion difficile, conséquences de l'abus du sucre.*

Ainsi, à moins de prendre en considération différentes circonstances particulières, on ne saurait établir d'une manière fixe la nocuité du sucre sur les dents.

Il semble peut-être bizarre qu'on puisse recommander aux enfants de se servir de leurs dents pour mâcher, pourtant rien de plus naturel. Pour nombre d'enfants, manger signifie faire passer dans l'estomac, au moyen d'une gorgée d'eau, de lait, de bière ou de thé, les aliments, sans les mastiquer.

Toujours et à tout âge il est bon de se servir de ses dents, car il n'y a rien qui les *nettoie et polisse* mieux que de mâcher des aliments de bonne qualité et pas trop mous.

Mais chez l'enfant, à l'époque où le tissu des dents se durcit et s'épaissit (continuation de l'ossi-

fication), le développement normal de ces dernières est absolument *subordonné* à la stimulation et au travail qu'elles ont pour broyer menus et mâcher les aliments.

En conséquence, si l'on veut conserver les dents des enfants, il faut veiller à ce que ceux-ci ne boivent pas *en mangeant*. Qu'on les laisse boire avant et après le repas autant qu'ils voudront, mais qu'ils mangent leurs aliments sans les humecter autrement qu'avec la sécrétion salivaire que la nature met à notre disposition.

De cette manière le repas durera un peu plus longtemps, ce qui est à désirer pour le fonctionnement des organes en général.

X

MOYENS D'EMPÊCHER LA DÉTÉRIORATION DES DENTS CHEZ LA MÈRE ET L'ENFANT.

BIBLIO
des
59, Avenue des
PA

Quand la maladie ou les accidents endommagent d'autres parties de notre corps, la nature seule ou aidée de la médecine peut toujours y remédier, les blessures se cicatrisent, les cheveux repoussent, les fractures sont remises.

Les dents seules ne connaissent pour ainsi dire pas de réparation *naturelle*. Aussi est-il doublement important de protéger ces organes contre les accidents et de les préserver des maladies.

La *propreté* est importante là *plus que partout ailleurs*. Nous ne saurions en conséquence abandonner ce sujet sans rappeler encore une fois aux

mères leurs devoirs envers elles-mêmes aussi bien qu'envers leurs enfants.

On doit se nettoyer les dents *deux fois par jour*

Fig. 43. Leptothris.

— avec une brosse *pas trop dure* — *et en tout cas le soir avant de se coucher*. *Après* s'être rincé la bouche, on frotte *un peu* de craie pulvérisée entre les

molaires de la mâchoire inférieure, comme il a été dit [1].

C'est dans la dernière partie de la nuit, *vers*

Fig. 44. Oidium albicans.

l'aurore, que les dents sont le plus sérieusement attaquées. Le mouvement continuel de la bouche

1. Voyez page 83.

et des mâchoires pendant le jour et le rincement du soir sont de puissants préservatifs. Mais c'est vers l'aurore que le ferment acide, produit par les

Fig. 43. Leptomitus.

détritus d'aliments de concert avec le mucus et les bactéries, cause les plus grands ravages. Nous représentons (fig. 43 à 48) les principaux de ces

parasites de la bouche [1]. C'est *alors* que se fait sentir l'effet salutaire de la craie.

Les mères doivent veiller à ce que les enfants

Fig. 46. Vibrio spiralis.

respirent *par le nez* et non par la bouche. Les petits enfants respirent toujours par le nez, autrement ils

1. Les fig. 43 à 48 sont empruntées au livre de M. Preterre, *Les Dents*, 3e édition.

ne pourraient pas têter. Les dents, la gorge, les poumons, bref toute la constitution souffre de cette mauvaise habitude qu'ont beaucoup d'enfants de

Fig. 47. Volvox.

respirer par la bouche. Si c'est le nez qui est bouché, on peut le plus souvent y remédier; si ce sont les amygdales qui sont trop grosses et pendantes, on

peut les couper ; enfin, si cela vient de la position irrégulière des dents, on peut ou l'améliorer ou la redresser complètement.

Fig. 48. Vibrions.

C'est surtout *pendant les maladies* qu'il faut être à son poste.

Pendant la grossesse, la salivation est ordinaire-

BIBLIOTHÈQUE

ment plus acide, ce qui explique en partie la rapidité avec laquelle disparaissent les dents pendant cette période. On observe communément chez toutes les mères la perte d'une dent à chaque nouvel enfant.

Une muqueuse malade favorise tout particulièrement le développement des germes de la maladie.

L'état de la bouche est aussi mauvais pendant *les fièvres,* et il ne fait qu'empirer si on néglige les soins de propreté.

On est généralement porté à attribuer aux *médicaments* qu'on emploie pour combattre la maladie les dégâts que subissent les dents, mais c'est tout à fait une erreur. Evidemment les *médicaments acides* attaquent les dents, mais on neutralise aisément leurs effets en se *rinçant la bouche avec une solution de carbonate de soude, immédiatement après leur absorption.*

L'action directe de l'acide chlorhydrique est

extrêmement nuisible aux dents. Mais c'est en même temps le meilleur moyen pour combattre aussi bien la sensibilité que la disposition des dents au déchaussement, qui sont les conséquences d'un état typhoïdique. On en administre de 15 à 20 gouttes par jour et on fait soigneusement rincer la bouche après l'absorption avec une solution de carbonate de soude. La méthode employée généralement, et qui consiste à faire avaler à l'aide d'un tube, est reconnue insuffisante.

Ces dégâts s'expliquent au contraire bien plus par l'état spécial de la bouche pendant les maladies, et c'est sur cet état que doit se concentrer toute l'attention. Le nettoyage des dents à la brosse et les rincements de la bouche seront encore bien plus nécessaires qu'en temps ordinaire.

Pour pouvoir combattre avec succès ce mauvais état de la bouche qui se reconnaît au dépérissement des dents de l'enfant ou de l'adolescent, il

faut un traitement *non seulement local, mais constitutionnel.*

Il y a cela d'heureux que le meilleur traitement est précisément celui qui contribue le plus au bien-être général de l'économie humaine.

Il doit comprendre une bonne nourriture, un air frais et du soleil, beaucoup de sommeil, une récréation saine, quelques médicaments reconstituants, en un mot tout ce qui peut favoriser les fonctions organiques.

En somme, les enfants qui se couchent et se lèvent à des heures fixes, qui ont continuellement une alimentation abondante, nourrissante et agréable au goût, leurs heures fixes de travail et de récréation, qui apprennent à dominer leur corps et leur esprit, sont généralement ceux chez lesquels les efforts du dentiste seront le plus facilement couronnés de succès (fig. 49).

Fig. 49. Un enfant bien portant et bien denté.

XI

DE LA CONFIANCE A INSPIRER AUX ENFANTS.

Traiter les enfants est un art que peu connaissent et que beaucoup sont incapables d'apprendre, parce que leur nature ne s'y prête pas.

Il n'en serait pas ainsi si les parents voulaient agir vis-à-vis de leurs enfants avec *la franchise et la loyauté* que leur intelligence a droit de réclamer presque en toutes choses, mais qui sont surtout *indispensables,* quand il s'agit de la souffrance, et quand on est obligé de faire appel à leur courage et à leur abnégation.

C'est au dentiste à traiter les enfants avec la plus grande sympathie et avec tous les ménage-

ments dont dispose un homme de bonne éducation.

Mais c'est aussi l'affaire des parents de ne jamais chercher à obtenir par les menaces ou la peur ce qu'on peut avoir par la douceur, la franchise et la persuasion.

C'est incroyable tout ce que le médecin peut obtenir de l'enfant lorsqu'il est arrivé à gagner *sa confiance,* tout d'abord en ne cherchant *jamais* à le tromper, mais en lui disant toujours la vérité d'avance.

Y a-t-il à souffrir, beaucoup ou peu, que le médecin le lui dise sans détour, sans exagérer ni atténuer; cette manière de faire trouvera toujours sa récompense, car l'enfant le croira également quand il lui dira *le contraire.*

Malheureusement il *arrive* fréquemment qu'aussitôt le *père et la mère absents*, l'enfant devient une petite personne avec laquelle on peut parler

raisonnablement et dont on aura presque tout ce qu'on voudra en passant *graduellement,* sans hâte, du jeu au sérieux.

Des promesses d'argent ou de cadeaux pourront parfois être très utiles, mais, même si elles ne réussissent pas, on ne devra pas tromper l'enfant sur ce qui va se passer.

Les enfants habitués à être trompés à la maison réservent les plus grandes difficultés au dentiste, et il est souvent pénible d'être témoin de cette méfiance qu'ils ont de tout et de tous.

Les parents doivent aussi se garder de faire en présence des enfants une description *trop vivante* des souffrances qu'eux-mêmes ou d'autres ont eu à endurer; l'intelligence sensible de l'enfant en conserve le plus souvent une profonde impression.

La tâche du dentiste vis-à-vis des enfants est, même dans les conditions les plus favorables, extrêmement difficile et fatigante, et ses efforts ne

sont généralement appréciés que bien longtemps après, alors que l'enfant est devenu un homme ou une femme. — Mais il est une chose qui plus que toute autre fait surmonter les difficultés : les souffrances de l'enfance ne parlent-elles pas avec une irrésistible éloquence à notre sympathie ? Tous ceux qui aiment les enfants le savent bien.

TABLE DES MATIÈRES

Préface, par R. Heidé. V

Avant-propos. VII

I. Les dents, leur structure, leur répartition, leur nombre et leur position dans les mâchoires. Leur rapport avec le système nerveux 11

II. Éruption des dents de lait. . . . . , . . . 29

III. Accidents causés par la dentition. — Moyens d'y remédier. 37

IV. Soins à donner aux dents de lait. 51

V. Dents de six ans. — Leur grande importance. — Conséquences de leur perte 59

VI. Deuxième dentition. — Éruption de la dent de sagesse. — Traitement 67

VII. Soins à donner aux dents pendant la première dentition 79

VIII. Déviations des dents. — Moyens de les prévenir. . . 87

IX. Influence du régime alimentaire sur la qualité des dents. — Influence des maladies sur l'ossification des dents. 107

X. Moyens d'empêcher la détérioration des dents chez la mère et l'enfant. 121

XI. De la confiance à inspirer aux enfants. 135